

Een nieuwe combinatie

Het Expressive Therapies Continuüm en de zeven transdiagnostische factoren

Volgens verschillende onderzoekers is het duidelijk dat er achter stoornissen gedefinieerd door de DSM een aantal gemeenschappelijke factoren schuilgaat: transdiagnostische factoren. Dit artikel is geschreven aan de hand van een inventariserend onderzoek naar de wijze waarop het Expressive Therapies Continuüm ingezet kan worden in een beeldend therapeutische behandeling bij de zeven verschillende transdiagnostische factoren, geformuleerd in de Generieke Module Vaktherapie: waarneming, arousal, executieve functies, emotieregulatie, verlies, sociale interactie en regelsystemen. Dit artikel biedt eerst een beknopte beschrijving van het ETC en van de transdiagnostische factoren en vervolgens wordt het onderzoek en de uitkomsten beschreven.

Nadine Botterman

Inleiding

Het onderzoek naar de behandeling van psychiatrische stoornissen is vrijwel altijd gebaseerd geweest op categorale, symptoomgerichte diagnostische classificatiesystemen, zoals de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Categorieel en symptoomgericht wil zeggen dat de stoornis er wel of niet is, zonder mogelijke tussenweg, en dat de stoornissen op symptoomniveau zijn beschreven (van Heycop ten Ham et al., 2014). Uit klinische ervaring en empirisch onderzoek blijkt dat deze classificatiesystemen niet altijd overkoepelend genoeg zijn. De ernst van de klachten van cliënten met dezelfde diagnose kunnen bijvoorbeeld aanzienlijk verschillen en er wordt weinig rekening gehouden met comorbiditeit en dimensionaliteit van stoornissen. Uit onderzoek naar comorbiditeit en dimensionaliteit blijkt dat veel psychiatrische stoornissen eigenlijk bestaan uit relatief weinig onderliggende dimensies (Krueger & Eaton, 2015). Een aantal decennia geleden begon men onderzoek te doen naar overeenkomende symptomen en overeenkomend gedrag, wat resulteerde in theorieën over transdiagnostische factoren.

Het Expressive Therapies Continuüm (ETC) is een theoretisch raamwerk dat ondersteuning biedt in het methodisch handelen binnen beeldende therapie. Het is voor het eerst beschreven door Kagin en Lusebrink (1978) en verder uitgewerkt door Lisa D. Hinz (2009). Omdat vaktherapie geen exacte wetenschap is, is erin de geschiedenis altijd onenigheid geweest over wat precies de therapeutische werking is van vaktherapie (Junge, 1994; Ulman, 1975). Het ETC vertegenwoordigt een manier om te bevestigen dat verschillende kenmerken van de mediumeigenschappen, medium-ervaringen en eindresultaten een therapeutische werking hebben. Voordat het ETC ontwikkeld werd zagen vaktherapeuten al hoe emoties konden oprijzen door kinesthetische en sensorische activiteiten, hoe vorm kon ontstaan uit chaos, en werd er geschreven over het belang van het (h)erkennen van persoonlijke en universele symbolen. Kagin en Lusebrink (1978) bedachten een manier om het proces, het

materiaalgebruik en het eindresultaat van een vaktherapeutische sessie met een individu te beschrijven, en ontwikkelden en beschreven het ETC. Hiermee creëerden zij een verenigd theoretisch construct dat Hinz (2009) verder heeft uitgewerkt in het boek *Expressive Therapies Continuum, a framework for using art in therapy*.

In dit artikel zal eerst nog wat verder worden ingegaan op de transdiagnostische factoren en op het ETC. Vervolgens wordt het onderzoek naar de wijze waarop het ETC ingezet kan worden op de transdiagnostische factoren beschreven.

Transdiagnostische factoren

De theorieën over transdiagnostische factoren en de ontwikkelingen van transdiagnostische modellen zijn relatief nieuw, wat betekent dat er (nog) niet één complete lijst of compleet model bestaat. In dit onderzoek is de keuze gemaakt om de transdiagnostische factoren van Van den Bosch en Meijnckens (2017) aan te houden, die ook geïntroduceerd zijn in de Generieke Module Vaktherapie. Volgens Van den Bosch en Meijnckens (2017) zijn vaktherapeuten eigenlijk al gewend in de uitoefening van hun vak transdiagnostisch te handelen en om in transdiagnostische termen over het vak te praten. Bij vaktherapeuten gaat het niet om het effect van een methode op een stoornis, maar gaat het om het effect op de ervaring die de cliënt heeft van zijn persoonlijke problemen. Zij hebben de keuze gemaakt voor de zeven transdiagnostische factoren binnen de vaktherapie: waarnemen, arousal, executieve functies, emotieregulatie, verlies, sociale interactie en regelsystemen. Onderzoek naar transdiagnostische factoren wordt aangewakkerd door het verlangen om behandelingen te ontwikkelen die gericht zijn op de gemeenschappelijke elementen van meerdere stoornissen en geen aanpassingen vereisen om specifieke symptomen aan te pakken (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011). Transdiagnostische modellen krijgen dan ook steeds meer empirische onderbouwing (Caspi et al., 2014) en worden in de toekomst waarschijnlijk steeds belangrijker en steeds meer onmisbaar (McLaughlin & Nolen-Hoeksema,

2011), waardoor voorspeld wordt dat het gebruik van en het werken met transdiagnostische factoren zich nog sterk gaat ontwikkelen de komende jaren (Van den Bosch & Meijnckens, 2017).

Het ETC

Zoals eerder in dit artikel al werd beschreven, is het ETC een theoretisch raamwerk dat ondersteuning biedt in het methodisch handelen binnen beeldende therapie. Het geeft handreiking bij het maken van therapeutische beslissingen binnen een beeldend-therapeutisch behandelproces, op het gebied van observatie en diagnostiek, doelstellingen, interventies en evaluatie. Het uitgangspunt van ETC is dat er verschillende informatieverwerkingsprocessen, beschouwd vanuit een neuropsychologisch perspectief, betrokken zijn bij het proces van beeldend werken. Vanuit een neuropsychologisch perspectief wil zeggen dat er een relatie gelegd wordt tussen gedrag en de hersenen. Het ETC focust zich op de omgang met beeldend materiaal en betrokken handelingen en het verloop van een vormgevingsproces (Fikke et al., 2017). Ook gaat het ETC uit van de hypothese dat de manier waarop cliënten interacteren met verschillende materialen in beeldende therapie weerspiegelt hoe ze informatie verwerken, reflecteren en zich gedragen in andere situaties (Hinz, 2015).

De informatieverwerkingsprocessen worden in verschillende niveaus geplaatst, die vanuit ontwikkelingspsychologisch perspectief hiërarchisch van structuur zijn. De niveaus beschikken in een toenemende mate over steeds complexere informatieverwerkingsprocessen en deze zijn in lijn met de ontwikkeling die een mens doormaakt (Fikke et al., 2017). Op het onderste niveau van het schema staan de kinesthetische component en de sensorische component. Dit niveau representeert de meest basale

vormen van informatieverwerking. Op het derde niveau van het schema zijn de meest complexe informatieverwerkingsprocessen gepositioneerd: de cognitieve component en de symbolische component. Daar tussenin zit het niveau van de perceptuele component en de affectieve component. Dit niveau vormt als het ware een brug tussen het eerste en het derde niveau.

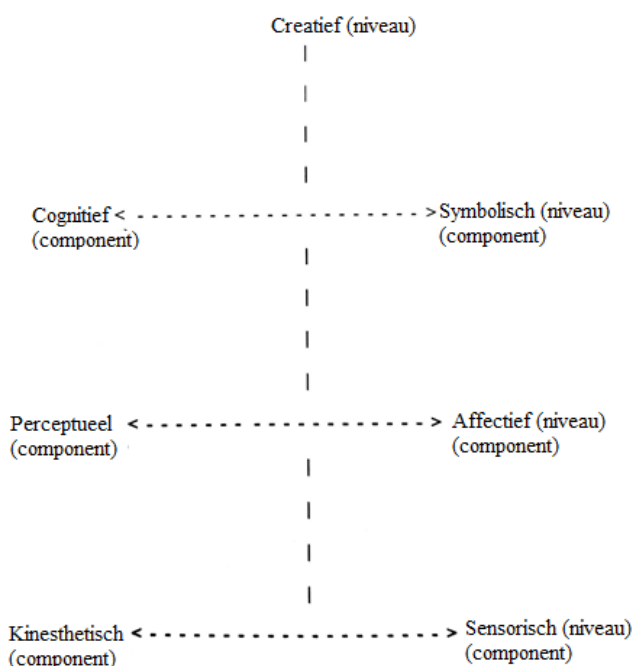
De tegenovergestelde componenten op dezelfde as hebben een bipolaire werking. Dat wil zeggen dat ze elkaar wederzijds beïnvloeden. Het kan zo zijn dat een cliënt te sterk gericht is op informatieverwerking op één component, en dat kan volgens het ETC de informatieverwerking op de tegenovergestelde component belemmeren. Met behulp van beeldende therapie kan hier vervolgens op ingespeeld worden. Ook kan een cliënt een ontwikkeling doormaken richting complexere manieren van informatieverwerking, en zo een "stap" maken naar een hoger gelegen niveau van functioneren (Fikke et al., 2017). Volgens het ETC is er een balans als beide kanten op de as een optimale bijdragen kunnen leveren bij het creatief functioneren (Hinz, 2009).

Het ETC en de transdiagnostische factoren

Een overeenkomst tussen het werken met transdiagnostische factoren en het werken met het ETC, is dat het ETC zich ook meer focust op het probleemgebied van de individuele cliënt en niet op algemene stoornissen (Hinz, 2009). Toch is er in de literatuur, naar wat de onderzoeker weet, nog geen koppeling gemaakt tussen het ETC en het werken met transdiagnostische factoren. Dit is wel cruciaal voor vaktherapie, omdat het noodzakelijk is om het vaktherapeutisch handelen te kunnen verantwoorden en te onderbouwen, niet alleen voor het belang van de cliënt, maar ook met als doel de versteviging van de (maatschappelijke) positie van de vaktherapeut (Schweizer et al., 2009). Het ETC is een manier om de werking van beeldende therapie te onderbouwen, en omdat het gebruik van transdiagnostische factoren om het probleemgebied van cliënten te classificeren waarschijnlijk gaat toenemen in de toekomst (Van den Bosch & Meijnckens, 2017), is onderzoek naar het gebruik van transdiagnostische factoren met het ETC wenselijk voor de beroepspraktijk.

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is in eerste instantie het in beeld brengen hoe het ETC ingezet kan worden als er gewerkt wordt met de, volgens McLaughlin en Nolen-Hoeksema (2011), steeds meer onmisbare transdiagnostische factoren. Dit kan beeldende therapeuten handvatten bieden tijdens het werken met transdiagnostische factoren en het ETC, bijvoorbeeld bij het maken van keuzes binnen een therapeutisch aanbod en het verantwoorden van deze keuzes. Dit onderzoek zal tevens het belang van transdiagnostische factoren benadrukken, omdat uit klinische ervaring en empirisch onderzoek blijkt dat veelgebruikte classificatiesystemen zoals de DSM niet



altijd overkoepelend genoeg zijn (van Heycop ten Ham et al., 2014).

Onderzoeksmethode

Dit is een inventariserend onderzoek, omdat er naar wat de onderzoeker weet, nog geen onderzoek is gedaan naar de combinatie van de transdiagnostische factoren en het ETC en dat middels dit onderzoek dus voor het eerst verkend wordt. Er wordt in beeld gebracht wat er bekend is en wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot zowel de transdiagnostische factoren als het ETC en de combinatie daarvan. Daarbij zijn inventariserende interviews van belang, om uit te zoeken wat de stand van zaken in de beroepspraktijk van beeldende therapie is. Andere databronnen, zoals bestaande onderzoeken en artikelen, brengen de huidige stand van zaken in de literatuur in beeld. De gegevens uit de verschillende databronnen worden onderzocht op overeenkomsten en verschillen, waarna wordt nagegaan of er een gemeenschappelijk perspectief is of juist niet. De dataverzamelmethode die de onderzoeker gebruikt voor dit onderzoek is de *grounded theory*. Bij deze methode hebben dataverzameling, analyse en theorie een hechte relatie (Bryman, 2008). Het is een proces van coderen, categoriseren, conceptualiseren en theoretiseren (Smeijster, 2006). Het gaat hierbij om een combinatie van inductivisme en deductivisme (King & Horrocks, 2010). Het inductivisme houdt in dat de onderzoeksopzet open en flexibel is, dat er dataverzameling in de natuurlijke omgeving plaatsvindt en dat data-analyse vanuit ruwe, ongestructureerde data start. In dit onderzoek gebeurt dat middels het interviewen van respondenten met expertise binnen het ETC over hun kennis, visie en praktijkervaringen. Zoals eerder in deze paragraaf beschreven, gebeurde dat door half gestructureerde interviews. Het inductivisme hield het inventariseren van de praktijk van de beeldende therapie in. Het deductivisme is zichtbaar in de neiging naar systematiek, verificatie en theorievorming. Dit gebeurt in dit onderzoek door het analyseren en vergelijken van de interviews met elkaar en met de literatuur, om het ruwe concept meer inhoud te geven. Vanaf het begin van het onderzoek is de dataverzameling en de data-analyse gericht op het uiteindelijk ontwikkelen van een theorie: de koppeling tussen de transdiagnostische factoren en het ETC.

Respondenten

Voor dit onderzoek zijn zes beeldend therapeuten met expertise over het ETC geïnterviewd: Maartje Lavrijsen, Bert Henskens, Céline Schweizer, Annette Overberg, Dimphy Fikke en Ingrid Pénczes. Tijdens de open interviews werden zij bevraagd over hoe zij het ETC inzetten bij cliënten die te maken hebben met klachten aansluitend bij elke transdiagnostische factor.

Resultaten

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: “Op welke wijze kan het Expressive Therapies Continuüm ingezet worden in een beeldend therapeutische behandeling bij de zeven verschillende transdiagnostische factoren geformuleerd in de Generieke Module Vaktherapie: waarneming, arousal, executieve functies, emotieregulatie, verlies, sociale interactie en regelsystemen?” Om antwoord te geven op deze vraag worden de bevindingen uit dit onderzoek samengevat. Per transdiagnostische factor is onderzocht hoe een behandeling op elk niveau van het ETC vormgegeven kan worden. Hoewel de verschillende niveaus en componenten van het ETC afzonderlijk worden beschreven, blijft het een belangrijk punt dat een behandeling volgens het ETC zich richt op de balans tussen alle componenten.

Bij een beeldend therapeutische behandeling gericht op waarnemen kan er op elk niveau van het ETC gewerkt worden, afhankelijk van de hulpvraag en de behandeldoelen van de cliënt. Op kinesthetisch/sensorisch niveau kan met behulp van sensorische materialen als pastelkrijt, vingerverf of natte klei de focus gelegd worden op de zintuiglijke prikkels van de cliënt, om te helpen innerlijke prikkels op adequate manier waar te nemen en interne en externe ervaringen aan elkaar te koppelen. Op perceptueel/affectief niveau kan er, als er sprake is van een *overuse* van affect waardoor de cliënt zichzelf of de situatie niet goed kan waarnemen, afstand genomen worden van het werk en de overweldigende gevoelens door te focussen op fundamentele en samengestelde beeldelementen zoals lijnen, kleuren, vlakken en vormen, om zo beter waar te kunnen nemen. Op cognitief/symbolisch niveau kan er heel concreet naar beelden worden gekeken door conceptueel te denken, om de cliënt zich bijvoorbeeld bewust te laten worden van het feit dat er een verschil is tussen wat hij ziet en wat zijn gedachten daarbij zijn. Door het geheugen en analytische functies erbij te betrekken wordt de cognitieve component geraakt.

Bij een beeldend therapeutische behandeling gericht op **arousal** is het kinesthetisch/sensorisch het meest geschikt, maar ook op perceptueel/affectief en cognitief/symbolisch niveau zijn er mogelijkheden. Op kinesthetisch/sensorisch niveau kan spanning met behulp van tempo, kracht, bewegingen en ritmes toenemen en afnemen, waardoor de cliënt bij zichzelf leert te voelen en herkennen wanneer spanning zich opbouwt. Ook kunnen werkvormen op dit niveau rust bieden aan cliënten die cognitief ingesteld zijn en last hebben van een grote hoeveelheid prikkels die bij hen binnenkomt. Op perceptueel/affectief niveau kan de cliënt letterlijk afstand nemen van datgene wat spanning oproept door te focussen op de vorm van het beeld, wat helpend kan zijn bij arousalklachten. Op cognitief/symbolisch niveau kan gewerkt worden met exposuretechnieken of symbolen, om de situatie,

gevoelens of gedachten die spanning oproept vorm te geven en te bespreken.

Bij een beeldend therapeutische behandeling gericht op **executieve functies** is het cognitief/symbolisch niveau het meest geschikt, maar er zijn ook mogelijkheden op kinesthetisch/sensorisch en perceptueel/affectief niveau. Werken op cognitief/symbolisch niveau vraagt om abstract denken en verbale communicatie, waardoor gewerkt kan worden aan executieve functies en cognitieve vaardigheden als oorzaak-en-gevolg denken, plannen en reflecteren. Op perceptueel/affectief niveau kunnen cliënten die het lastig vinden om werkvormen (en andere taken) af te maken, focussen op bepaalde aspecten van de vorm om zo met behulp van stimulerende vragen van de therapeut een werkstuk af te maken. Als een cliënt door een *overuse* van executieve functies een blokkade heeft op andere componenten, kan werken op perceptueel/affectief of kinesthetisch/sensorisch niveau helpen om meer toegang te krijgen tot andere niveaus van informatie-verwerking. Omdat het executieve functioneren vaak afneemt wanneer spanningen en emoties oplopen, kan kinesthetisch/sensorisch werken ook geïndiceerd zijn om eerst de arousal onder controle te krijgen voordat de cliënt op een hoger niveau op het ETC aan de slag kan gaan met executieve functies.

Bij een beeldend therapeutische behandeling gericht op **emotieregulatie** kan er op elk niveau van het ETC gewerkt worden, afhankelijk van de hulpvraag en de behandeldoelen van de cliënt. Het kan zijn dat er bij de cliënt (een) bepaald(e) emotie(s) niet toelaat of voelt, maar het kan ook zijn dat de cliënt juist zo veel emoties voelt dat het overweldigend is. Werken op kinesthetisch/sensorisch niveau kan de cliënt helpen om in contact te komen met zijn emoties of positieve ervaringen op te doen met gevoelens. Op perceptueel/affectief niveau kan met de affectieve component gewerkt worden aan emoties en de directe expressie hiervan. Als emoties overweldigend zijn kan er op de perceptuele component gefocust worden op vormelijke elementen van beelden. Als de cliënt zich meer bewust wordt van de vormelijke elementen of structurele kwaliteiten van een beeld, kunnen de emotionele eigenschappen van de ervaring veilig "vastgehouden" worden. Op cognitief/symbolisch niveau kunnen interne emotionele ladingen geëxternaliseerd worden via symbolen, of kunnen overmatig emotionele cliënten hun cognitieve vaardigheden versterken zodat ze meer overzicht krijgen en niet overspoeld raken door emoties.

Bij een beeldend therapeutische behandeling gericht op **verlies** kan er op elk niveau van het ETC gewerkt worden, afhankelijk van de hulpvraag en de behandeldoelen van de cliënt. Cliënten die herinneringen en emoties vermijden en zo het rouwproces niet doorlopen kunnen op kinesthetisch/sensorisch niveau weer in contact komen met gevoelens. Op perceptueel/affectief niveau kunnen

met perceptuele werkvormen gevoelens en emoties geëxploreerd worden zonder de regie kwijt te raken, door te focussen op beeldelementen, waardoor er afstand ontstaat tot de emotionele lading van het beeldend werk, terwijl de lading wel blijft bestaan. Affectieve werkvormen met vloeibare materialen kunnen zorgen voor spontane expressie van gevoelens. Op cognitief/symbolisch niveau kunnen gestructureerde werkvormen, gericht op betekenisgeving of om gebeurtenissen in beeld te brengen en te structureren, een belangrijke stap zijn op weg naar verwerking.

Bij een beeldend therapeutische behandeling gericht op **sociale interactie** kan er op elk niveau van het ETC gewerkt worden, afhankelijk van de hulpvraag en de behandeldoelen van de cliënt. Op kinesthetisch/sensorisch niveau kan de cliënt leren om zich bewust te worden van lichaamssignalen om vervolgens op adequate manier grenzen aan te geven. Op perceptueel/affectief niveau kan met de perceptuele component met behulp van werkvormen gericht op leiden, volgen of imiteren gewerkt worden aan sociale interactie, en met de affectieve component kan er gewerkt worden aan het vergroten van de "emotionele woordenschat" van de cliënt, wat bij kan dragen aan de sociale vaardigheden. Op cognitief/symbolisch niveau kan er met behulp van gestructureerde, trainingsgerichte werkvormen gewerkt worden aan sociale interactie.

Over een beeldend therapeutische behandeling gericht op **regelsystemen** is weinig bekend, maar uit dit onderzoek blijkt dat er op elk niveau van het ETC aan gewerkt worden, afhankelijk van de hulpvraag en de behandeldoelen van de cliënt. Omdat een verhoogde arousal invloed heeft op regelsystemen, kunnen sensorische werkvormen, tekenbewegingen of ademhalingsoefeningen de lichaamsbewustzijn, ademhaling en concentratie van de cliënt bevorderen, waarbij zowel het kinesthetisch/sensorisch niveau als het perceptueel/affectief niveau geraakt kan worden. Omdat verstoring van regelsystemen een grote bijdrage levert aan onder andere slaapstoornissen, prikkelbaarheid en depressies, is het herstel van de regelsystemen met behulp van een dagstructuur vaak geïndiceerd. Dit kan op cognitief/symbolisch niveau, of door werkstukken mee naar huis te nemen om op afgesproken tijdstippen verder te werken.

Conclusie en discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat bij elke transdiagnostische factor een behandeling volgens het ETC mogelijk is. Sommige transdiagnostische factoren sluiten het best aan bij één bepaald niveau van het ETC (zoals arousal en het kinesthetisch/sensorisch niveau en executieve vaardigheden en het cognitief/symbolisch niveau) en bij sommige transdiagnostische factoren is er sprake van overlap (zo komen arousal en emotieregulatie ook voor bij bijvoorbeeld verlies en regelsystemen). Wel kan geconcludeerd worden dat er bij elke transdiagnostische factor mogelijkheden

zijn op elk niveau van het ETC. De wijze waarop het ETC ingezet kan worden is afhankelijk van de cliënt. Van belang is om inzicht te krijgen in wat de hulpvraag van de cliënt is en hoe de informatie-verwerkingsprocessen van de cliënt tijdens het beeldend werken verlopen, zodat het duidelijk wordt welk niveau van het ETC geïndiceerd is om op in te steken en met welk doel.

Hoewel dus is gebleken dat bij alle transdiagnostische factor mogelijkheden zijn om een beeldend therapeutische behandeling volgens het ETC aan te bieden, is dit onderzoek inventariserend en wordt de combinatie van de transdiagnostische factoren en het ETC voor het eerst verkend, wat betekent dat er sprake is van een beperkte mate diepgang. Interessant zou zijn om per transdiagnostische factor een ontwikkelingsonderzoek uit te voeren over op welke wijze het ETC concreet ingezet kan worden bij de transdiagnostische factor in kwestie, om modules of handleidingen tot stand te brengen. Dit zou vervolgens weer gedynamiseerd en geoptimaliseerd kunnen worden middels een responsief onderzoek.

Ook zou interessant zijn om de uitkomsten van dit onderzoek in de praktijk te toetsen. Theoretische onderbouwing is er, maar onderbouwing vanuit de praktijk nog niet.

Mocht dit onderzoek in de toekomst herhaald worden, is een aanbeveling het interviewen van de respondenten op een andere manier aan te pakken. Om doelbewuster informatie te verkrijgen wordt niet aanbevolen om in een interview van een uur à anderhalf uur alle zeven transdiagnostische factoren aan bod te laten komen. Beter zou zijn om te focussen op drie à vier factoren waar de respondent het meest mee te maken heeft, of om meerdere interviewmomenten in te plannen, zodat er dieper op elke transdiagnostische factor ingegaan kan worden.

Verder zou een groter aantal respondenten het onderzoek nog betrouwbaarder kunnen maken. Verder zou het interessant zijn om vanuit de neurowetenschappen te onderzoeken in hoeverre de componenten en de niveaus op het continuüm in hun ordening met elkaar samenhangen, of de componenten inderdaad bipolair aan elkaar zijn zoals het ETC stelt en in hoeverre een *overuse* van de ene component zorgt voor een blokkade op een andere component.

Tot slot, omdat de theorieën over transdiagnostische factoren en de ontwikkelingen van transdiagnostische modellen relatief nieuw zijn, is onderzoek naar het creëren van een complete lijst of compleet model van transdiagnostische factoren gewenst in de toekomst.

Literatuur

- Bosch, K. van den, & Meijnckens, D. (2017). Transdiagnostische factoren, Naar een gemeenschappelijke taal voor cliënten en vaktherapeuten. Tijdschrift voor vaktherapie, 13(4), 6-13.
- Bryman, A. (2008). Social research methods. Oxford: Oxford University Press
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? Clinical Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science, 2(2), 119–137.
- Fikke, D., Péntzes, I., Hooren, S. van. (2017). Het Expressive Therapies Continuüm: Een theoretisch raamwerk voor de beeldende therapie. Tijdschrift voor Vaktherapie 13(2), 2-11.
- Heycop ten Ham, B. van, Hulsbergen, M., Bohlmeijer, E. (2014). Transdiagnostische factoren: theorie & praktijk. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Hinz, L. D. (2009). Expressive Therapies Continuüm: A Framework for Using Art in Therapy. New York: Taylor & Francis.
- Hinz, L. D. (2015). Expressive Therapies Continuüm: Use and Value Demonstrated With Case Study (Le continuum des thérapies par l'expression: étude de cas démontrant leur utilité et valeur). Canadian Art Therapy Association Journal, 28(1-2), 43-50.
- Junge, M. B. (1994). A history of art therapy in the United States. Mundelein, IL: American Art Therapy Association.
- Kagin, S. L., & Lusebrink, V.B. (1978). The expressive art therapies continuum. Art Psychotherapy, 5, 171 – 180.
- King, N. & Horrocks, C. (2010). Interviews in qualitative research. London: Sage.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. World Psychiatry 14(1), 27-29.
- McLaughlin, K. A., Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. Behaviour Research and Therapy, 49(3), 186-193.
- Schweizer, C., De Bruin, J., Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). Handboek beeldende therapie. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ullman, E. (1975). Art therapy: Problems of definition. In E. Ullman & P. Dachinger, Art therapy: In theory and practice (3-13). New York: Shocken.